

1. ¿Estás estudiando actualmente?
 Sí
 No, ya me gradué / obtuve mi GEO
 No, dejé los estudios
2. ¿Cuántos años tienes?

3. ¿Qué grupo étnico te describe mejor? (Opcional)
(Marca todos los que apliquen)
 Latina/Hispana
 Blanca/Caucásica
 Negra/Afro-Americana
 Asiática
 Otro: _____

Lo que piensas sobre el sexe y el embarazo

4. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?
(Marca todos los que apliquen)
 Sí, sexo vaginal (el pene en la vagina)
 Sí, sexo oral (la boca en el pene o la vagina)
 Sí, sexo anal (el pene en el ano o recto)
 No, nunca
5. Si respondiste que sí, ¿alguna vez has tenido relaciones sexuales? *(Marca todos los que apliquen)*
 Con un hombre
 Con una mujer
6. Si has tenido relaciones sexuales, ¿cuántos años tenías la primera vez que las tuviste?
 15 años o menos
 16 años o más
7. Si nunca has tenido relaciones sexuales,
 Estás planeando esperar hasta _____
 Estás pensando tener relaciones sexuales pronto
 No estás segura
8. ¿Alguna vez te han forzado o presionado para que tuvieras relaciones sexuales en un momento en el que no deseabas tenerlas?
 Sí*
 No
9. ¿Cuántos años quisieras tener cuando tengas tu primer o próximo hijo?
 19 años o menos
 20 años o más
 No planeo tener ningun/otro hijo
 No estoy segura
10. ¿Quisieras estar embarazada en este momento?
 No
 Sí
 No estoy segura

11. ¿Tu pareja quiere que estes embarazada en este momento?
 No
 Sí
 No hemos hablado de eso
12. ¿Qué probabilidades hay de que quedes embarazada durante el proximo año?
 Eso no pasará
 Eso sí pasará
 Tal vez pueda pasar

Si nunca has tenido relaciones sexuales, por favor pasa a la pregunta #30

13. Durante el mes pasado, ¿cuantas veces tuviste relaciones sexuales?
 No tuve relaciones sexuales
 3 veces o menos
 4 veces o más
14. Durante los últimos 6 meses (incluyendo el día de hoy), ¿has pensado alguna vez que podrías estar embarazada?
 No
 Sí (¿cuántas veces?) _____
15. Has estado embarazada alguna vez?
 No
 Sí (¿cuántas veces?) _____
16. Tienes hijos?
 No
 Sí

Cómo escoger un método anticonceptivo

17. ¿Has usado alguna vez algún método para no quedar embarazada (como la píldora o el condón)?
 Sí
 No
18. Si respondiste que sí, ¿cuándo empezaste a usar algún metodo para evitar quedar embarazada? *(Marca sólo una opción)*
 Antes de comenzar a tener relaciones sexuales
 De 0 a 3 meses despues de haber comenzado a tener relaciones sexuales
 De 4 a 11 meses después de haber comenzado a tener relaciones sexuales
 Después de un año o más de haber comenzado a tener relaciones sexuales
19. ¿Cuáles métodos has usado? *(Marca todos los que apliquen)*
 Nada
 Retiro (retiro del pene antes de eyacular)
 Condón (para hombre o mujer)
 Espuma, espermicidas, capa contraceptiva vaginal o supositorios anticonceptivos
 Pastillas anticonceptivas (la píldora)
 Inyecciones anticonceptivas (Depo Provera)
 Otro: (¿Cuales?) _____

20. La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿qué método usaste para no quedar embarazada?
(Marca todos los que apliquen)
 Nada
 Retiro (retiro del pene antes de eyacular)
 Condón (para hombre o mujer)
 Espuma, espermicidas, capa contraceptiva vaginal o supositorios anticonceptivos
 Pastillas anticonceptivas (la píldora)
 Inyecciones anticonceptivas (Depo Provera)
 Otro: (¿Cuáles?) _____
21. ¿Te gustaría empezar a usar algún método anticonceptivo o cambiar a uno nuevo?
 No
 Sí (Por favor, explica pro qué) _____
22. ¿Tu pareja trata de desanimarte o convencerte para que no uses métodos anticonceptivos/condones?
 Sí
 No
23. ¿Qué tan fácil es para ti hablar del sexo y de anticonceptivos con la persona o personas con las que tienes relaciones sexuales?
 La mayor parte del tiempo es fácil
 A veces es difícil
 No hablamos sobre eso

Cómo protegerte de las ETS (enfermedades de transmisión sexual)

24. Durante los últimos 6 meses ¿con cuántas personas tuviste relaciones sexuales? *(Marca sólo una opción)*
 Ninguna
 Una
 2 o más
25. ¿Usas drogas o bebes alcohol cuando tienes relaciones sexuales?
 Algunas veces
 La mayor parte del tiempo
 Nunca
26. ¿Alguna vez has tenido alguna ETS (como herpes, gonorrea, clamidia o verrugas genitales)?
 Sí
 No
 No estoy segura
27. La ultima vez que tuviste relaciones sexuales, tu o tu pareja usaron un condon?
 Sí
 No
 No estoy segura
28. ¿Usas condones u otro tipo deprotección (Protector dental o barrera de latex) si practicas:

¿Sexo oral? (la boca en el pene o la vagina)
 Sí
 No
 Nunca he practicado sexo oral

¿Sexo anal? (el pene en el ano o recto)
 Sí
 No
 Nunca he practicado sexo anal

29. ¿Tienes una pareja que algunas veces no quiere usar un condón?
 Sí
 No

¿Podemos ayudarte?

30. ¿Qué haces cuando estás enojada o tienes problemas?
(Marca todas las respuestas que apliquen)
 Hablo con alguien (¿con quién?) _____
 Rezo o medito
 Prefiero estar sola
 Hago ejercicio
 Veo televisión/escucho música
 Como/duermo
 Fumo cigarrillos
 Uso drogas o bebo alcohol
 Hago otras cosas (¿cuáles?) _____
 No hago nada
31. ¿Te gustaría obtener ayuda con alguna de las siguientes cosas? *(Marca todas las respuestas que apliquen)*
 Necesidades básicas (comida, vivienda, trabajo)
 Problemas en la escuela o en la casa
 Problemas con el alcohol u otras drogas
 Fumar cigarrillos
 Sentimientos de tristeza o depresión
 Deseos de lastimarme a mi misma
 Deseos de suicidarme
 Problemas para controlar mi carácter (como evitar pegarle o gritarle a los demás)
 Abuso fisico (ser golpeada, lastimada o asfixiada por alguien)*
 Abuso sexual (ser tocada donde no deseo que me toquen u obligada a tener relaciones sexuales)*
 Otros problemas _____
 No deseo ayuda por el momento

Muchas gracias por fomarte el tiempo de completar esta encuesta.

*Por ley y por tu propia seguridad, debemos reportar el abuso, pasado o presente, a una agencia protectora de menores capacitada para ayudar a aquellos que padecen algún tipo de abuso en sus vidas.

Consejero: Por favor, hable con el cliente sobre los límites de la confidencialidad y el requerimiento legal de revelar cierto tipo de información

1. ¿Estás estudiando actualmente?
 Sí
 No, ya me gradué / obtuve mi GEO
 No, dejé los estudios
2. ¿Cuántos años tienes? Si la adolescente tiene 16 años o más
 _____ Si la adolescente tiene 15 años o menos
3. ¿Qué grupo étnico te describe mejor? (Opcional)
 (Marca todos los que apliquen)
 Latina/Hispana
 Blanca/Caucásica
 Negra/Afro-Americana
 Asiática
 Otro: _____

Lo que piensas sobre el sexe y el embarazo

4. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?
 (Marca todos los que apliquen)
 Sí, sexo vaginal (el pene en la vagina)
 Sí, sexo oral (la boca en el pene o la vagina)
 Sí, sexo anal (el pene en el ano o recto)
 No, nunca
5. Si respondiste que sí, ¿alguna vez has tenido relaciones sexuales? (Marca todos los que apliquen)
 Con un hombre
 Con una mujer
6. Si has tenido relaciones sexuales, ¿cuántos años tenías la primera vez que las tuviste?
 15 años o menos
 16 años o más
7. Si nunca has tenido relaciones sexuales,
 Estás planeando esperar hasta _____
 Estás pensando tener relaciones sexuales pronto
 No estás segura
8. ¿Alguna vez te han forzado o presionado para que tuvieras relaciones sexuales en un momento en el que no deseabas tenerlas?
 Sí*
 No
9. ¿Cuántos años quisieras tener cuando tengas tu primer o próximo hijo?
 19 años o menos
 20 años o más
 No planeo tener ningun/otro hijo
 No estoy segura
10. ¿Quisieras estar embarazada en este momento?
 No
 Sí
 No estoy segura

11. ¿Tu pareja quiere que estes embarazada en este momento?
 No
 Sí
 No hemos hablado de eso
12. ¿Qué probabilidades hay de que quedes embarazada durante el proximo año?
 Eso no pasará
 Eso sí pasará
 Tal vez pueda pasar

Si nunca has tenido relaciones sexuales, por favor pasa a la pregunta #30

13. Durante el mes pasado, ¿cuantas veces tuviste relaciones sexuales?
 No tuve relaciones sexuales
 3 veces o menos
 4 veces o más
14. Durante los últimos 6 meses (incluyendo el día de hoy), ¿has pensado alguna vez que podrías estar embarazada?
 No
 Sí (¿cuántas veces?) _____
15. Has estado embarazada alguna vez?
 No
 Sí (¿cuántas veces?) _____
16. Tienes hijos?
 No
 Sí

Cómo escoger un método anticonceptivo

17. ¿Has usado alguna vez algún método para no quedar embarazada (como la píldora o el condón)?
 Sí
 No
18. Si respondiste que sí, ¿cuándo empezaste a usar algún metodo para evitar quedar embarazada? (Marca sólo una opción)
 Antes de comenzar a tener relaciones sexuales
 De 0 a 3 meses despues de haber comenzado a tener relaciones sexuales
 De 4 a 11 meses después de haber comenzado a tener relaciones sexuales
 Después de un año o más de haber comenzado a tener relaciones sexuales
19. ¿Cuáles métodos has usado? (Marca todos los que apliquen)
 Nada
 Retiro (retiro del pene antes de eyacular)
 Condón (para hombre o mujer)
 Espuma, espermicidas, capa contraceptiva vaginal o supositorios anticonceptivos
 Pastillas anticonceptivas (la píldora)
 Inyecciones anticonceptivas (Depo Provera)
 Otro: (¿Cuales?) _____

20. La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿qué método usaste para no quedar embarazada? (Marca todos los que apliquen)
 Nada
 Retiro (retiro del pene antes de eyacular)
 Condón (para hombre o mujer)
 Espuma, espermicidas, capa contraceptiva vaginal o supositorios anticonceptivos
 Pastillas anticonceptivas (la píldora)
 Inyecciones anticonceptivas (Depo Provera)
 Otro: (¿Cuáles?) _____
21. ¿Te gustaría empezar a usar algún método anticonceptivo o cambiar a uno nuevo?
 No
 Sí (Por favor, explica pro qué) _____

22. ¿Tu pareja trata de desanimarte o convencerte para que no uses métodos anticonceptivos/condones?
 Sí
 No
23. ¿Qué tan fácil es para ti hablar del sexo y de anticonceptivos con la persona o personas con las que tienes relaciones sexuales?
 La mayor parte del tiempo es fácil
 A veces es difícil
 No hablamos sobre eso

Cómo protegerte de las ETS (enfermedades de transmisión sexual)

24. Durante los últimos 6 meses ¿con cuántas personas tuviste relaciones sexuales? (Marca sólo una opción)
 Ninguna
 Una
 2 o más
25. ¿Usas drogas o bebes alcohol cuando tienes relaciones sexuales?
 Algunas veces
 La mayor parte del tiempo
 Nunca
26. ¿Alguna vez has tenido alguna ETS (como herpes, gonorrea, clamidia o verrugas genitales)?
 Sí
 No
 No estoy segura
27. La ultima vez que tuviste relaciones sexuales, tu o tu pareja usaron un condon?
 Sí
 No
 No estoy segura
28. ¿Usas condones u otro tipo deprotección (Protector dental o barrera de latex) si practicas:
 ¿Sexo oral? (la boca en el pene o la vagina)
 Sí
 No
 Nunca he practicado sexo oral
 ¿Sexo anal? (el pene en el ano o recto)
 Sí
 No
 Nunca he practicado sexo anal

29. ¿Tienes una pareja que algunas veces no quiere usar un condón?
 Sí
 No

¿Podemos ayudarte?

30. ¿Qué haces cuando estás enojada o tienes problemas? (Marca todas las respuestas que apliquen)
 Hablo con alguien (¿con quién?) _____
 Rezo o medito
 Prefiero estar sola
 Hago ejercicio
 Veo televisión/escucho música
 Como/duermo
 Fumo cigarrillos
 Uso drogas o bebo alcohol
 Hago otras cosas (¿cuáles?) _____
 No hago nada
31. ¿Te gustaría obtener ayuda con alguna de las siguientes cosas? (Marca todas las respuestas que apliquen)
 Necesidades básicas (comida, vivienda, trabajo)
 Problemas en la escuela o en la casa
 Problemas con el alcohol u otras drogas
 Fumar cigarrillos
 Sentimientos de tristeza o depresión
 Deseos de lastimarme a mi misma
 Deseos de suicidarme
 Problemas para controlar mi carácter (como evitar pegarle o gritarle a los demás)
 Abuso fisico (ser golpeada, lastimada o asfixiada por alguien)*
 Abuso sexual (ser tocada donde no deseo que me toquen u obligada a tener relaciones sexuales)*
 Otros problemas _____
 No deseo ayuda por el momento

OVERALL RISK: ___ Low ___ Moderate/High

CLIENT PRIORITY ISSUES: (Check all that apply)

___ BCM ___ Counseling/Information ___ Physical Exam
 ___ Pegnancy Test ___ Infection/STD check Other:

ISSUES DISCUSSED: ___ Pregnancy Risk ___ BCM Options
 ___ Method Use ___ STD Risk

PSYCHOSOCIAL ISSUES:
 ___ Substance Abuse ___ Suicidal Thoughts ___ Depression
 ___ Family/Partner Issues ___ Physical/Sexual Abuse*
 Other:

*By law, you must report past or present abuse to a child protective agency.

